UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 33

SUR L'OPPORTUNITÉ DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ENTÉRO-ANASTOMOSE DANS LES OCCLUSIONS PRÉCOCES POSTOPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 29 Juin 1943

PAR

Antoine-Marie-Étienne-André COIQUAUD

Interne des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 8 novembre 1916

Examinateurs de la Thèse

MM. CHARRIER, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1943

COIQUAUD (Antoine-Marie-Etienne-André).

Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces postopératoires. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 33.*)

COIQUAUD (Antoine-Marie-Etienne-André).

Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces postopératoires. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 33.*)

COIQUAUD (Antoine-Marie-Etienne-André).

Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces postopératoires. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 33.*)

COIQUAUD (Antoine-Marie-Etienne-André).

Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces postopératoires. — Bordeaux, Delmas, 1943. In-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1942-1943. N° 33.*)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0093

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1942-1943. — N° 33

SUR L'OPPORTUNITÉ DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ENTÉRO-ANASTOMOSE DANS LES OCCLUSIONS PRÉCOCES POSTOPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 29 Juin 1943

PAR

Antoine-Marie-Étienne-André COIQUAUD

Interne des Hôpitaux

Né à BORDEAUX (Gironde), le 8 novembre 1916

Examinateurs de la Thèse

MM. CHARRIER, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL
PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	N.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Docteur CHARBONNEL

Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé Etienne LOUBAT

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Monsieur le Docteur Edgard DUBOURG

Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur BONNIN

Professeur de Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Monsieur le Professeur agrégé P. BROUSTET

Médecin des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur BARDON

Chirurgien des Hôpitaux.

Que je remercie pour l'indulgence et la grande bonté avec lesquelles il a guidé mes premiers pas chirurgicaux.

A Monsieur le Professeur F. PAPIN

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Tour à tour stagiaire, externe et interne de son service, je le remercie pour son enseignement magistral et l'attention qu'il m'a témoignée depuis le début de mes études.

A Monsieur le Professeur JEANNENEY

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer.
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine (section Chirurgie),
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui sait tout l'attachement que je lui porte et que je remercie pour toute la bienveillance qu'il m'a témoignée si souvent.

A Monsieur le Professeur Pierre MAURIAC

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Auquel je voudrais pouvoir dire toute mon admiration.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CHARRIER

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il sache mes plus vifs sentiments d'affectueuse reconnaissance pour ses conseils, les exemples qui se dégagent de sa belle personnalité et sa bonté à mon égard.

SUR L'OPPORTUNITÉ

DES

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ENTÉRO-ANASTOMOSE

DANS LES OCCLUSIONS PRÉCOCES POSTOPÉRATOIRES

INTRODUCTION

On a l'habitude de diviser les occlusions postopératoires en :

— occlusions immédiates;
— occlusions précoces;
— occlusions tardives.

1° Les occlusions immédiates sont celles qui se manifestent dans les trois à cinq premiers jours de la période postopératoire chez des malades qui n'ont pas rendu leurs gaz. Elles sont relativement rares, leur proportion variant autour de 10 p. 100.

2° Les occlusions précoces sont celles qui se produisent du cinquième au vingtième jour après l'intervention : le malade avait rendu des matières et des gaz; mais l'occlusion se confirme plus ou moins rapidement : ce sont les plus nombreuses; elles forment 50 p. 100 de la totalité.

3° Quant aux occlusions tardives, elles surviennent seulement au bout de quelques semaines, quelques mois, et même quelques années.

Remarquons que cette division n'est pas seulement chrono-

logique. Ce n'est pas sous cet angle qu'elle nous intéresse, mais parce qu'elle oppose des types d'occlusions de pathogénies bien différentes :

1° Les *occlusions immédiates* ont été appelées « apéristaltiques », car elles se manifestent très insidieusement dans des cas où l'intestin n'a pas le temps ou la force de réagir.

Il faut savoir qu'elles peuvent parfois évoluer avec une extrême rapidité : vers le troisième jour, le pouls s'accélère un peu chez un malade qui n'a pas rendu ses gaz, il est autour de 100, quelques douleurs sourdes font penser à une émission prochaine de gaz; cependant de petits moyens médicaux, une sonde rectale, ne les font pas apparaître; un vomissement survient, suivi d'un autre. D'abord bilieux, ceux-ci deviennent vite fécaloïdes. C'est à partir de ce moment (qui peut être très rapproché de celui où le malade était calme avec un pouls n'atteignant pas 100) que les signes peuvent s'aggraver très vite : le facies s'altère, devient angoissé, les yeux s'excavent, le pouls est très rapide et presque filant, il y a de l'agitation, de la polypnée, de l'oligurie, tandis que la température reste normale. Comme signes physiques, on constate seulement du ballonnement du ventre sans péristaltisme, ni bruits hydro-aériques, ni clapotage. C'est de tels cas que Masmonteil a pu dire : « Il s'agit d'une occlusion d'autant plus redoutable qu'elle évolue insidieusement et avec une extrême rapidité. Témoin le cas suivant, où une malade est morte trois heures à peine après le moment où avait été envisagée une réintervention, qu'on n'avait pas osé entreprendre à cause d'une symptomatologie trop estompée. »

Mais, fort heureusement, il y a d'autres cas d'occlusions immédiates où celles-ci se confirment avec beaucoup plus de lenteur et où on a largement le temps de discuter de l'opportunité d'une réintervention (à moins que le traitement médical ne lève d'ici là l'obstacle). Une telle opposition entre l'extrême rapidité des unes et la relative lenteur des autres, avant d'aboutir à un tableau très grave, s'explique par le

fait que deux mécanismes très différents peuvent être la cause des occlusions immédiates :

a) Le plus souvent, elles ont pour cause une simple atonie intestinale, un iléus paralytique ayant pour origine un foyer d'infection péritonéale (9 fois, sur 9 cas de Renon et Lafitte; 5 fois sur 6 de Yovanovitch), c'est le fait le plus fréquent des occlusions après appendicite aiguë.

b) Quant aux cas graves que nous avons cités, ils sont dus plutôt à un étranglement d'une portion de grêle dans un orifice ou dans un anneau (brèche mésentérique ou mésocolique, fossette rétro-intestinale), à une bride épiploïque méconnue, à une torsion établie lors de l'intervention. L'opération d'origine est ici moins fréquemment l'appendicectomie que la gastro-entérostomie, l'hystérectomie, voire même une laparotomie pour occlusion intestinale.

2° Les *occlusions précoces* ont une évolution qui n'a jamais la gravité que peuvent avoir les premières. Elles surviennent chez des opérés dont les suites opératoires n'ont pas été parfaites : des gaz ont été émis, mais le ventre n'a pas repris sa souplesse normale, quelques régurgitations précèdent souvent les vomissements, la température persiste. Plusieurs jours se passent avant qu'il existe des douleurs paroxystiques nettes, des vomissements francs et des contractions péristaltiques plus ou moins ébauchées. Celles-ci sont d'ailleurs la preuve qu'il n'y a plus ici atonie intestinale complète et qu'un véritable obstacle mécanique est à l'origine du syndrome occlusif. Cependant cet élément mécanique ne peut seul expliquer la pathogénie de ces formes d'occlusion. Une parésie intestinale primitive d'origine infectieuse est le plus fréquemment obligatoire; aussi ces formes d'occlusions précoces se rencontrent-elles à la suite d'opérations à chaud avec présence de pus dans le péritoine : appendicites aiguës surtout, et quelquefois pyosalpynx, cholécystites, pyonéphroses.

— Ce mécanisme mixte avec double participation, parétique et mécanique, se rencontre dans la majorité des cas

(37 fois sur 42 pour Mac Iver; 8 fois sur 10 pour Lafitte; 23 fois sur 27 pour Yovanovitch). On peut le concevoir ainsi : D'abord, une ou deux anses sont paralysées au niveau d'un foyer infectieux (abcès du Douglas ou de la fosse iliaque). Cette immobilisation ira favoriser la formation d'adhérences lâches, fibrineuses (et cela avec d'autant plus de chances qu'on aura employé mèches ou Mikulicz). Des coudures, des compressions, des torsions incomplètes, qui seraient d'abord incapables de provoquer une occlusion vraie sans l'aide du facteur parétique, se resserrent progressivement sous l'effet de la rétraction de ces adhérences fibrineuses. Puis, la distension progressive des anses exagère les coudures, donc les torsions, et complète l'occlusion. C'est donc un magma d'anses agglutinées que rencontrerait l'opérateur s'il intervenait sur le foyer.

— Cependant le degré d'agglutination peut être relativement réduit, et, dans certains cas d'occlusions précoces, ce sera seulement une ou plusieurs brides qui expliqueront toute l'occlusion.

3° Les *occlusions tardives* nous intéressent peu. Disons seulement qu'elles peuvent se rencontrer après toutes les interventions, qu'elles ont un tableau banal d'occlusion, et que rien ne prouve à priori leur origine postopératoire. Elles sont dues le plus souvent à la présence de brides (opérations pelviennes, appendicites) ou d'étranglements internes (gastro-entérostomie, ligamentopexie).

***

De ces différentes considérations pathogéniques on peut tirer deux conclusions intéressantes :

1° La part de l'atonie intestinale est grande, tant dans les occlusions immédiates que tardives, et un traitement médical bien appliqué doit réduire ou même éviter un grand nombre d'entre elles; nous y reviendrons.

2° La grande majorité des occlusions précoces sont caractérisées anatomiquement par des anses agglutinées, souvent serrées, qui se déroulent mal. *Chercher à les désagglutiner est un procédé dangereux* qui nécessite une laparotomie préalable. Enumérons ses inconvénients :

— C'est une intervention très choquante;

— Elle favorise la diffusion de l'infection péritonéale, jusque-là circonscrite (Mathieu);

— Elle dépéritonise les anses, provoquant des hémorragies en nappe, origine d'hématomes intrapéritonéaux susceptibles de s'infecter;

— Si l'hémorragie cesse, il subsiste au niveau de ces larges surfaces dépéritonisées une sérosité collante et gluante, toute cause de reproduction de nouvelles agglutinations dès la fermeture de la paroi abdominale;

— Elle prédispose à la fistulisation secondaire d'une anse grêle dépéritonisée par la libération (fistulisation parfois providentielle, d'ailleurs);

— Elle peut être le point de départ d'un phlegmon gangréneux de la paroi abdominale (2 cas de Vianney);

— Enfin, elle laisse l'intestin contenant des produits toxiques en abondance. Et, s'il existe une lésion importante de la muqueuse, celle-ci peut perdre son pouvoir d'absorption élective, et le malade meurt d'intoxication stercorémique, malgré le bon fonctionnement de son intestin.

On comprend donc pourquoi de nombreux chirurgiens bannissent aujourd'hui la laparotomie dès qu'ils soupçonnent une agglutination d'anses dans un foyer opératoire récent, et préfèrent-ils user d'interventions palliatives peut-être, mais qui conservent momentanément la vie de leurs malades : ce sont les différents procédés de dérivations :

— la dérivation externe : c'est l'entérostomie;

— la dérivation interne : ce sont les différents procédés d'entéro-anastomose.

Mais duquel de ces deux types de dérivations vaut-il mieux

user ? Beaucoup d'auteurs emploient soit exclusivement l'un ou l'autre. Dans l'état actuel des choses l'entérostomie paraît avoir cependant la préférence. Néanmoins, ce procédé présente des avantages et des inconvénients. Et c'est dans le but d'éviter les inconvénients auxquels il expose que plaident les partisans de l'entéro-anastomose. Aussi croyons-nous nécessaire, pour décrire celle-ci d'une manière complète, de rappeler certaines notions qui s'appliquent à l'entérostomie. Nous énumérerons ensuite les avantages réels de l'entéro-anastomose sur la fistulisation du grêle et chercherons à discuter ses inconvénients. Mais loin de nous est l'idée d'imposer systématiquement l'un ou l'autre de ces procédés. Bien au contraire, nous croyons que chacun d'eux a ses indications propres.

L'entérostomie.

Elle consiste en la fistulisation d'une portion intestinale placée au-dessous de l'obstacle. Elle peut être :

1° soit une cæcostomie (cholécystites, appendicectomies), mais le drainage est souvent incomplet, car la valvule de Bauhin, toujours plus ou moins enflammée, est en principe un obstacle important et difficile à franchir;

2° soit une fistulisation d'une anse dans le foyer (appendicite aiguë). On recherche celle-ci en s'aidant de valves dans la plaie, et d'autant plus facilement qu'il existait un Mickulicz ou des mèches;

3° soit une simple iléostomie par fistulisation d'une anse dilatée prise loin du foyer, à l'anesthésie locale, et par l'incision que chacun juge préférable;

4° soit, enfin, une iléostomie avec enfouissement de la sonde suivant le procédé de Witzel, après incision iliaque gauche à l'anesthésie locale. C'est le procédé le plus employé, et qui a été codifié ces dernières années par Yovanovitch.

Ses trois grands avantages sont les suivants :

1° Avant tout, de débarrasser l'organisme des produits intestinaux hypertoxiques;

2° D'être une intervention peu choquante, car elle est pratiquée à l'anesthésie locale en un temps très rapide;

3° D'être suivie, dans les jours qui suivent l'intervention, de la réapparition de selles normales, puis de la guérison spontanée de la fistule en un temps variable, guérison due, comme l'a depuis longtemps montré Schwartz, « à la tendance naturelle qu'a tout organisme mobile de la cavité péritonéale de détacher ses adhérences » une fois la poussée inflammatoire complètement refroidie.

D'après la statistique de Yovanovitch, les fistules guéries spontanément se sont fermées :

1 fois après dix jours;
3 fois après quinze jours;
3 fois après trente jours;
4 fois après soixante jours;
3 fois indéterminées.

On voit donc combien ce procédé est séduisant, évitant toutes les complications auxquelles nous exposent les interventions sur le foyer. Et l'on comprend que de nombreux chirurgiens qui n'ont jamais eu à déplorer d'ennuis provenant de la fistule soient des défenseurs convaincus de l'iléostomie. Cette phrase du Professeur Gosset reflète leur conduite : « L'iléostomie pour occlusion après appendicectomie d'urgence a une valeur souveraine, simple, facile; c'est elle qui m'a donné le plus de succès. »

Cependant cette perspective d'une fistule rebute bien des chirurgiens. Enumérons ses *inconvénients :*

1° C'est d'abord de provoquer une certaine déshydratation et déchloruration (il suffit d'ailleurs d'y penser pour y parer aisément);

2° Un amaigrissement et une dénutrition secondaires d'au-

tant plus marqués que l'anse fistulisée est plus haut placée, par diminution considérable de l'absorption intestinale qui se fait au niveau des dernières anses iléales, mais surtout au niveau du gros intestin;

3° Le transit normal peut ne pas se rétablir. Il y a alors « fistule totale » avec ses gros dangers; et la dénutrition peut être très marquée, entraînant l'inanition (13 fois sur 27 fistules totales de Tsmarke);

4° Il existe souvent des lésions ulcéreuses de la peau, dues à l'acidité du liquide intestinal ou à l'action du sucre pancréatique; celles-ci peuvent être très étendues; et citons seulement ce malade de Maisonnet chez lequel il existait une vaste ulcération du sternum au pubis et de la ligne médiane au rachis. Ces lésions cutanées sont non seulement très pénibles pour le malade, inesthétiques, très douloureuses, mais elles peuvent être une grande gêne dans le cas d'une réintervention qui voudrait tenter de réduire la fistule;

5° Il peut y avoir une infection du trajet et de la paroi jéjunale, qui met dans les plus mauvaises conditions pour agir à nouveau sur le segment intestinal fistulisé;

6° Enfin, malgré un rétablissement normal du transit, et même si elle est très peu abondante, la fistule n'a pas toujours tendance à guérir spontanément.

Elle persiste dans :

3 cas sur 27 de Wortmann;
1 cas sur 32 de Hübner;
2 cas sur 10 de Brunner;
5 cas sur 23 de Krogus;
7 cas sur 21 de Yovanovitch.

Remarquons cependant que la persistance d'une fistule est relativement rare :

— que beaucoup de partisans de l'iléostomie le sont précisément parce qu'ils n'ont jamais eu de fistule persistante (Padovani, 0 sur 10; R. Bernard, 0 sur 5; M. le Prof. Loubat, 0 sur 10 environ),

— et que, d'autre part, la technique employée permet, pour une grande part, d'éviter la fistule persistante : le procédé de Witzel réduit ses chances au minimum.

L'entéro-anastomose.

C'est pour obvier à tous les inconvénients auxquels expose la fistule que l'on a proposé de pratiquer la dérivation des produits intestinaux d'un segment intestinal dilaté le plus près possible de l'obtacle vers un segment non distendu, le moins en aval possible de ce dernier.

I

HISTORIQUE

La pratique de l'entéro-anastomose n'est certes pas un procédé très moderne. Monprofit et Roux (de Lausanne) en font déjà mention au Congrs de chirurgie de 1902. Terrier fit un rapport en 1905 sur son emploi dans les occlusions intestinales avec adhérences. Finneys en relate 2 cas en 1906. Burghard l'emploie en 1914 dans le traitement des péritonites tuberculeuses.

C'est surtout à la suite d'un rapport d'Ockinzic à la Société de chirurgie (2 novembre 1920) relatant 7 observations d'Ingebrigtsen (de Christiana), que l'entéro-anastomose a été mise en valeur en France. Puis vient le rapport de Lecène en 1922, qui relate 6 cas de Pauchet d'anastomose pour occlusion postopératoire faite à l'anesthésie locale par incision iliaque gauche entre une anse grêle dilatée prise « au jugé » et la sigmoïde.

Puis de nombreux chirurgiens anglo-américains, parmi lesquels nous citerons S. Handley, Long, Taylor, Braseland, donnent la préférence à la dérivation interne. Et citons dernièrement en France un article de Godard, qui relate 5 cas d'anastomose iléo-sygmoïdienne, les travaux de Renon et Lafitte (de Niort), de Levœuf, de Hamant et ses élèves, et surtout le dernier rapport de Quénu à la Société de chirurgie, sur 4 cas d'ilio-transversostomie pratiqués par Henri Bompart. Cette communication insiste surtout sur la possibilité d'employer l'entéro-anastomose comme opération « *a minima* » à l'anesthésie locale après incision médiane sus-ombilicale.

II

SES AVANTAGES

1° Le principal avantage de l'entéro-anastomose est évidemment de supprimer toute éventualité de fistule, même temporaire, avec tous les inconvénients qui peuvent en découler.

2° En conservant une portion du côlon, elle évite ou diminue la déchloruration, la déshydratation et la dénutrition postopératoire du malade, grâce au rôle que joue la muqueuse du gros intestin dans l'absorption.

3° Enfin, nous voulons insister sur le fait que *l'entéro-anastomose est une intervention peu choquante*. Quénu la préconise comme intervention « *a minima* ». A l'appui de cette thèse, rappelons la statistique que citait l'auteur :

Ingebrigsten : 7 anastomoses, 6 guérisons;

Taylor : 6 anastomoses, 6 guérisons;

Vaughan (Détroit) : 4 anastomoses, 4 guérisons, tandis que l'entérostomie lui avait donné une mortalité de 40 p. 100;

Renon et Lafitte : 8 anastomoses, 6 guérisons, tandis que, sur 12 entérostomies, ils avaient eu 4 guérisons;

Fey et Cubbins : 14 anastomoses, 12 guérisons, tandis que, sur 9 entérostomies, ils avaient eu 3 guérisons.

Et remarquons que si nous croyons bien avec Quénu que l'entérostomie a été faite dans les plus mauvais cas, cette statistique a du moins l'avantage de prouver que, dans les cas où on l'a pratiquée, l'entéro-anastomose n'a pas été en elle même un facteur particulier de gravité.

III

SES INCONVENIENTS

Malgré ses réels avantages, il ne faut pas ignorer toutefois les inconvénients que présente à priori cette méthode. Car si, étudiant la question sous un certain angle, nous venons de montrer la supériorité qu'elle peut avoir sur l'iléostomie, d'autres, au contraire, considérant les ennuis qui peuvent être la conséquence de l'entéro-anastomose, peuvent en déduire des arguments en faveur de l'iléostomie.

Voici, en effet, les deux principaux reproches qu'on a pu formuler contre les méthodes d'entéro-anastomose :

1° C'est d'abord de ne pas évacuer directement au dehors les produits intestinaux hypertoxiques qui risquent d'être réabsorbés par la muqueuse intestinale sous-jacente à la bouche anastomotique, et cela avec d'autant plus de chances que l'atonie intestinale sera plus réelle;

2° C'est ensuite d'être une intervention longue, par conséquent beaucoup plus choquante que l'entérostomie, et cela d'autant plus que certains auteurs préconisent une anesthésie générale et d'autres une laparotomie préalable.

Certes, il ne faut pas ignorer ses inconvénients. Et c'est en sachant en apprécier la portée réelle que le chirurgien devra quelquefois lui préférer l'iléostomie :

1° Cependant, notons avec Quénu :

— que la résorption des produits toxiques n'apparaît pas aujourd'hui comme le facteur principal dans les causes de la mort après occlusion;

— que cette résorption de produits toxiques par manque de discrimination de la muqueuse intestinale ne peut se faire logiquement qu'au niveau d'anses dont la muqueuse est lésée et le mésentère correspondant ecchymotique ou plus ou moins abîmé. Or, notre anastomose se fait en tissus sains;

— on a, de plus, la faculté de pratiquer l'aspiration de la plus grande partie du contenu intestinal pendant l'intervention;

— d'autre part, la pratique de l'aspiration duodénale continue a déjà pu diminuer légèrement cette quantité de toxiques, comme nous aurons l'occasion de le revoir plus loin;

— noter enfin que, dans la règle, la plupart des observations relatent que l'apparition de la première selle a lieu avant les premières vingt-quatre heures.

2° Quant à dire que l'entéro-anastomose est une intervention plus choquante que la simple fistule sur le grêle, c'est là un fait certain. Mais les partisans de l'iléostomie exagèrent souvent l'ampleur de ce choc; et l'expérience a montré à tous ceux qui ont pratiqué certains types d'entéro-anastomoses à l'anesthésie locale que cette intervention était à peine plus choquane que la simple entérostomie. C'est là le mérite de Quénu d'avoir insisté sur ce point particulier : *c'est comme intervention* a minima *que l'iléo-transversostomie donne d'excellents résultats*. Et nous citerons cette phrase du Professeur Hamant : « Il semble que c'est la méthode de choix lorsque la résistance du sujet permet de faire plus qu'une simple entérostomie de décharge à l'anesthésie locale. »

Voici, d'ailleurs, 4 observations de M. le Professeur Charrier, qui plaident dans ce sens :

Observation I.

S... (Adrien), 58 ans. Entre salle 11 *bis*, Hôpital Saint-André, le 3 mars 1931, pour appendicite aiguë. Opéré par le médecin résidant dans la nuit. Appendice très altéré, liquide trouble; drain, mèches.

Le cinquième jour, les gaz ne sont pas évacués; le malade vomit. Dans la fosse iliaque droite existe un gâteau très net et douloureux. L'occlusion est contrôlée à la radioscopie.

Réopéré le huitième jour par iléo-transversostomie à la cocaïne. Intervention très simple. On a une débâcle rapide et une évacuation des selles au bout de vingt-quatre heures. Guérison.

Malade revu trois ans après. Se plaint de diarrhées, qui cependant ont tendance à s'améliorer.

Observation II.

P... (Célestine), 41 ans. Entre salle 2 *bis*, le 4 juillet 1931, pour appendicite aiguë. Opérée le soir par le médecin résidant. Appendice sphacélé, pus; drain, mèches.

Suites bonnes pendant sept jours, puis ralentissement de l'évacuation des gaz, ballonnement, douleurs, gargouillements, vomissements le dixième jour.

Traitement médical pendant trois jours.

Puis, devant l'aggravation des accidents occlusifs, laparotomie dans le foyer : on arrive sur un amas d'anses agglutinées inextricables. On décide alors l'iléo-transversostomie avec une anse grêle voisine du foyer. Amélioration considérable et guérison en quelques jours.

Diarrhées persistantes. Malade perdue de vue.

Observation III.

M... (Marie), 20 ans. Amenée à la Clinique Paul-Bert le 10 septembre 1936 par le Docteur Paulouch. Appendicite aiguë opérée immédiatement. Appendice rétrocæcal très altéré, presque sectionné à sa base; mèches et drain.

Suites bonnes jusqu'au onzième jour.

Puis crises de coliques qui alternent avec des périodes de calme; diarrhées et constipation. Puis occlusion vraie.

Après échec du traitement médical, opération nouvelle : anastomose iléo-transverse à la cocaïne; très facile.

Amélioration immédiate et guérison très simple.

Observation IV.

Mme B..., 54 ans. Après plusieurs crises appendiculaires, nous sommes appelé par le Docteur Chavoix. On décide l'intervention à chaud. Appendice très malade, un peu de liquide trouble; drain et mèches.

Pendant les suites, la malade évacue mal ses gaz; le ventre est ballonné. Traitement médical très poussé. Echec de celui-ci.

Au bout de cinq jours, anastomose iléo-transverse à la locale, très simple. Malheureusement, la malade meurt dans la nuit. Le Docteur Chavoix, qui a assisté à sa fin, porte le diagnostic de colapsus cardiaque par myocardite probable.

L'impression qui se dégage de ces observations, c'est la facilité avec laquelle l'anastomose a été faite, peu choquante et pouvant être appelée acte « *a minima* ». Quant à l'exitus qu'il y a à déplorer, il paraît avoir une cause tout à fait indépendante de la réintervention.

IV

LES METHODES

L'opérateur qui décide de pratiquer un mode de dérivation interne peut employer un des quatre types suivants d'entéro-anastomose :

1° la gastro-jéjunostomie;
2° l'iléo-iléostomie ou jéjuno-iléostomie;
3° la colo-colostomie;
4° l'iléo-colostomie.

1° La *gastro-jéjunostomie* a de très rares indications. Masmonteil en a pratiqué une avec succès dans un cas d'occlusion immédiate, à la suite d'une néphrectomie pour volumineuse pyonéphrose qui avait nécessité un clivage délicat de la deuxième portion du duodénum.

2° L'*iléo-iléostomie* est l'anastomose, entre deux anses grêles, l'une très dilatée et l'autre aplatie. Ce procédé peut rendre service lorsque l'occlusion est due à un obstacle placé assez haut sur le grêle et lorsqu'il existe une portion suffisante d'iléon en aval de l'obstacle. Cette condition se rencontre le plus fréquemment à la suite d'interventions pelviennes. On la pratique, en général, au cours d'une laparotomie exploratrice, lorsqu'on ignore auparavant le siège de l'obstacle.

Taylor, qui a eu l'occasion de pratiquer 3 iléo-iléostomies et 9 iléo-transversostomies pour occlusions postopératoires, en fait la critique suivante : « L'anastomose iléo-iléale draine mal les produits toxiques, car souvent la valvule de Bauhin demeure un obstacle d'autant plus marqué que le processus de péritonite en rapport avec l'iléus est plus important. »

3° La *colo-colostomie* a son indication lorsqu'on est certain que l'obstacle siège sur un segment colique sans que les anses grêles soient touchées par les adhérences : c'est le cas d'une péricholécystite postopératoire qui emprisonne une portion limitée du transverse ou du côlon ascendant. On ne doit guère l'employer dans les occlusions postappendiculaires, où les dernières anses iléales participent presque à coup sûr au processus d'agglutination. Un auteur canadien, Hall, s'est fait, en 1913, le défenseur de ce procédé et a pu noter qu'il était préférable à l'iléo-sigmoïdostomie, « car il conserve la valeur physiologique de la valvule iléo-cæcale et toute l'étendue d'absorption de l'intestin grêle ». Notons cependant que cette intervention est davantage indiquée dans certaines affections médicales du gros intestin que dans les occlusions postopératoires.

4° L'*iléo-colostomie* est le seul mode d'entéro-anastomose dont usent, en pratique, la plupart de ses partisans. Mais celle-ci peut prendre deux types principaux :

— l'iléo-tranversostomie;
— l'iléo-sigmoïdostomie.

a) L'anastomose iléo-transverse est la plus employée. C'est elle que pratiquent Henri Bompart, Hamant et la plupart des auteurs américains. C'est elle qu'a adoptée M. le Professeur Charrier. Son indication majeure est dans les occlusions postappendiculaires avec agglutinations.

b) L'iléo-sigmoïdostomie a été préconisée surtout par Godard et par Levœuf. Celui-ci l'emploie de préférence chez les enfants.

V

LES TECHNIQUES

Pour un même mode d'anastomose, on peut suivre des techniques un peu différentes :

1° L'*anesthésie* est variable : certains peuvent préférer l'anesthésie générale, surtout lorsqu'ils opèrent des sujets assez résistants. La tendance actuelle est cependant à l'anesthésie locale. Elle fatigue beaucoup moins les malades et est assez facile à supporter, car la rétention stercorémique crée un état de torpeur plus ou moins accusé. On peut, d'ailleurs, faire une injection préalable de scophédal ou dunaphorine.

2° L'*incision* varie suivant le mode d'anastomose choisi, mais aussi suivant l'état du sujet :

a) L'incision médiane sous-ombilicale pour laparotomie exploratrice est réservée aux sujets plus résistants, d'autant qu'elle nécessite souvent une anesthésie générale. Elle a le grand avantage de permettre de faire un bilan à peu près exact des lésions et de pratiquer l'entéro-anastomose la plus physiologique possible avec minimum de segment intestinal exclu.

b) L'incision sus-ombilicale est la plus fréquemment employée pour créer une anastomose iléo-transverse.

c) L'incision iliaque gauche, qui est une incision symétrique à celle de Mac Burney, est réservée aux cas d'iléo-sigmoïdostomie. Elle donne l'avantage de pouvoir tomber plus sûrement sur une des anses les plus dilatées, si l'on

prend celle-ci au hasard. Cependant l'incision sus-ombilicale facilite davantage le « choix » de l'anse grêle la plus dilatée.

3° L'*anastomose* est en principe latéro-latérale. Les termino-latérales ou termino-terminales ne sont indiquées qu'au cours de laparotomies, lorsqu'on a pu faire un diagnostic précis de sphacèle d'une anse ou d'étranglement interne.

Cette anastomose latéro-latérale peut se faire de deux manières :

— par suture au fil de lin avec surjets séro-séreux antérieur et postérieur;
— en employant des boutons anastomotiques.

Nous décrirons seulement les deux types les plus employés d'entéro-anastomose comme opérations *a minima* pour occlusion postappendiculaire par agglutination d'anses.

1° *L'iléo-transversostomie* telle que la préconise Quénu :

Incision le long de la ligne blanche sus-ombilicale après anesthésie locale. On refoule d'abord les anses grêles, et l'on va à la recherche d'une portion de grand épiploon. Celui-ci conduit facilement au transverse. On extériorise ce dernier. Puis, en s'aidant de valves avec un éclairage convenable, on recherche l'anse grêle la plus dilatée : c'est le temps délicat de l'intervention; il est très facilité si l'on a eu soin de pratiquer au préalable une aspiration duodénale. On constitue alors l'anastomose latéro-latérale au fil de lin.

2° *L'iléo-sigmoïdostomie* aux boutons de Villard pratiquée par Godard comprend quatre temps :

— Premier temps : Incision iliaque gauche du type de Mac Burney avec anesthésie locale. On choisit une anse la plus basse possible. Clamper l'anse à anastomoser entre deux clamps très souples.

— Deuxième temps : Recherche de la sigmoïde. Cette recherche peut être difficile, car la sigmoïde est parfois aplatie, souvent prolabée dans le bassin. Quelquefois son

extériorisation donne issue à du pus venant du fond du pelvis; ne pas s'en inquiéter.

— Troisième temps : Ouverture de la lumière intestinale dans l'aire d'un faufilé préalablement exécuté, tant sur le grêle que sur le côlon.

— Quatrième temps : Pose des boutons. Godard emploie des boutons de Villard de préférence à ceux de Jaboulay ou de Murphy, car ceux-ci possèdent un ressort où pourrait se coincer le fil de serrage. On termine par le serrage des boutons.

VI

EVOLUTION POSTOPERATOIRE

Les premiers jours qui suivent l'intervention, la totalité du contenu intestinal est dérivée par la bouche d'anastomose. Mais à mesure que l'infection diminue, les adhérences se détachent en partie dans un grand nombre de cas; le trajet normal tend à redevenir progressivement perméable, comme dans les suites d'iléostomies où la fistule se tarit avant la fin du deuxième mois.

Mais que devient la bouche d'anastomose à partir de ce moment-là ? Pour étudier sa physiologie, il a été fait, d'une part des recherches radiologiques, d'autre part des recherches expérimentales.

a) Etudes radiologiques. — Pour étudier le passage du bol alimentaire à travers la bouche d'anastomose, différents auteurs ont fait absorber un repas baryté à des individus chez lesquels cette intervention avait été pratiquée : cela a surtout été étudié dans la cæco-sigmoïdostomie : témoin un travail de Duval et Roux datant de 1914 où les auteurs concluent : « Dans la cæco-sigmoïdostomie, lorsque la bouche fonctionne, il y a répartition à peu près égale du bismuth dans le cæco-côlon et le rectum. Du rectum, les matières peuvent, par reflux, remonter dans le côlon pelvien. En somme, la cæco-sigmoïdostomie latérale ne supprime pas la fonction des côlons, elle ne fait que la soulager. »

Dans une étude plus récente, M. Paul Aubourg a fait un examen radioscopique pour 26 malades chez lesquels une

cæco-sigmoïdostomie avait été pratiquée pour stase intestinale chronique. Il constata dans ces 26 cas que si une partie du repas opaque passe directement du cæcum dans le rectum, la plus grande partie de ce repas suit la voie normale par le côlon, et M. Aubourg ajoute que, s'il est difficile de chiffrer quantitativement le passage par la bouche cæco-sigmoïdienne, il évalue *grosso modo* celui-ci à 1/10 du repas opaque, les 9/10 suivant la grande route habituelle. Ces résultats très intéressants auraient, il est vrai, davantage de valeur s'ils s'appliquaient à des cas d'anastomose pour occlusion postopératoire. Cependant nous pouvons penser qu'au point de vue physiologique il peut exister une analogie entre un certain degré de dolichocôlon (comme dans les cas étudiés par M. Aubourg) et un segment intestinal exclu pour agglutinations anciennes : un cas, récemment publié par M. le Professeur F. Papin, confirme en partie cette hypothèse : chez une jeune fille présentant une constipation opiniâtre depuis une appendicectomie datant de six ans, il pratiqua une cæco-sigmoïdostomie. Quelques années après, il fit faire un examen radiologique après absorption de bouillie barytée, et constata qu'une partie beaucoup plus considérable suivait le trajet normal par le transverse.

Nous regrettons cependant de n'avoir pu trouver d'observations radiologiques pratiquées chez des sujets très bien portants après iléo-transversostomie pour occlusion postappendiculaire et cherchant seulement à évaluer la proportion qui peut exister entre la quantité de baryte passant par la bouche et celle qui emprunte le trajet normal.

Par contre, différents auteurs ont noté, dans des suites un peu anormales, avec crises de subocclusion, un certain reflux de matières et de gaz dans le segment colique sus-jacent à l'anastomose d'iléo-colostomie.

. . . . . .

b) Etudes expérimentales. — Un auteur allemand, Tönnis, a étudié expérimentalement chez le singe et chez le chien le fonctionnement des anastomoses entre intestin grêle et gros

intestin avec l'appui d'examens radiographiques répétés. Il a conclu entre autres :

1° Après iléo-colostomie, au moment des contractions antipéristaltiques du côlon, il y a refoulement du contenu colique dans l'iléon : le bol fécal, refoulé dans l'iléon, en provoque la dilatation, d'où naissance de contractions péristaltiques dans la portion terminale du grêle;

2° Les segments d'anastomose latéro-latérale dont la bouche anastomotique est d'un calibre supérieur à celui de l'intestin grêle prennent au bout d'un an la forme d'une anastomose termino-latérale.

Ces constatations sont très intéressantes. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

VII

COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES POSSIBLES

Nous venons de voir certaines notions qui touchent au fonctionnement de la bouche anastomotique. Mais nous n'avons pas parlé de l'évolution clinique de nos malades. En principe, les suites opératoires dépendent du choc opératoire et de la résistance du sujet au moment de l'intervention. Si celle-ci est suffisante, il n'y a pas lieu de redouter de complications postopératoires immédiates. Cependant nous voulons insister sur l'éventualité d'incidents plus tardifs, voire même de complications qui ont leur origine dans l'existence de cette bouche anastomotique.

a) C'est d'abord l'éventualité de *diarrhées* qui apparaissent dès l'opération et qui peuvent persister plusieurs années ou encore réapparaître par intermittence. Celles-ci ont été constatées assez souvent : H. Bompart les a mentionnées 3 fois sur 4. M. le Professeur Charrier les a notées dans 2 observations.

On est de suite enclin à les comparer à la fistule et à penser que cela est un ennui bien faible par rapport aux inconvénients que peut présenter cette dernière. Mais, dans la plupart des cas, le fistule est tarie avant l'épuisement du deuxième mois, tandis que la persistance de diarrhée peut devenir à la longue une gêne importante et un facteur d'amaigrissement.

Cependant nous voudrions faire plusieurs remarques à ce sujet :

1° Si celles-ci sont fréquentes, elles sont loin d'être constantes. Godard ne les a mentionnées que dans un seul cas

sur 5. Et la plupart des auteurs ne jugent pas même utile de signaler leur existence.

2° Le plus souvent elles sont remarquablement tolérées.

3° Elles ont d'autant plus de chance de se produire que le segment intestinal exclu est plus important. En conséquence, si l'on veut diminuer la probabilité de diarrhées, il y a lieu au moment de l'intervention :

— de choisir l'anse grêle la plus dilatée; ce choix est d'ailleurs facilité par l'emploi systématique de l'aspiration duodénale continue;

— de conserver le plus possible de côlon, dont la muqueuse joue un rôle considérable dans l'absorption intestinale; et nous voyons ainsi la supériorité des anastomoses intéressant le transverse sur celles qui intéressent la sigmoïde.

4° Il doit exister un rapport entre les dimensions de la bouche et la probabilité de leur existence : si la bouche est assez étroite, il y a davantage de chances que le contenu intestinal reprenne à nouveau, en partie, le trajet exclu. Au contraire, si la bouche est large, une plus grande quantité de produits intestinaux empruntera le court circuit : cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par les travaux de Tönnis, qui note que, lorsqu'une bouche d'anastomose latéro-latérale est large, elle finit par se comporter comme une anastomose termino-latérale. Doit-on en déduire qu'il faut pratiquer des anastomoses étroites ? Certes, si l'on doit pécher par excès, il est bien préférable que celles-ci soient trop larges plutôt que pas assez perméables. Cependant il est bon que l'opérateur sache que son anastomose doit avoir des dimensions convenables, mais non exagérées : le calibre du grêle normal paraît être très suffisant. Et Tönnis nous apprend que cela est la bonne formule.

5° Enfin, nous voulons insister sur le fait que, s'il peut exister des fistules persistantes après iléostomies, à cause d'un obstacle mécanique assez serré, l'emploi de l'entéro-anastomose transforme ces risques de fistules en diarrhées

persistantes. Or, il est bien préférable d'avoir affaire à une diarrhée persistante qu'à une fistule persistante.

b) Une deuxième complication, citée assez souvent, consiste en des crises de météorisme (Brocq) ou même de subocclusion, qui peuvent aller jusqu'à prendre le type d'une pseudo-occlusion intestinale (ici, un cas récent publié par M. le Professeur F. Papin).

Des examens radiologiques, dont ceux cités plus haut, ont permis de comprendre leur pathogénie : elles sont dues à un reflux antipéristaltique de liquides et de gaz dans la portion colique sus-jacente à la bouche.

Cet inconvénient n'est certes pas constant, mais il est assez fréquent pour qu'on y insiste. Dans certains cas, on est même amené à réintervenir pour supprimer la bouche. Mais cette éventualité est rare. Notons de plus que le reflux antipéristaltique a beaucoup plus de chances de se produire dans les anastomoses iléo-sigmoïdiennes que dans les iléo-transversostomies; et si le segment intestinal exclu est assez réduit, les crises de subocclusion ne seront que plus rares.

c) De ces crises à type occlusif, dues à un reflux de gaz et de liquides, nous rapprocherons des cas isolés constatés après réintervention :

— une gangrène par brides comprimant l'iléon au voisinage de l'anastomose (Kummer, de Genève);

— la torsion d'une anse autour de l'anastomose (Bérard);

— et Godard trouve des adhérences fixant grêle et épiploon autour de l'anastomose au cours d'une réintervention.

Mais, soulignons que les crises à type occlusif, qui, par leur intensité ou leur répétition, forcent à réintervenir, sont rares.

d) Encore plus rare, sinon exceptionnel, est un accident décrit par Pauchet sous le terme « ulcus peptique postopératoire du côlon ». Trois mois après une anastomose iléo-sigmoïdienne, sa malade présentait des douleurs gastro-intestinales, du météorisme et des hémorragies intestinales. La rectoscopie montrait des ulcérations sur toute l'étendue

du bout inférieur du côlon. On a supprimé l'anastomose à l'anesthésie locale, et la malade a très bien guéri.

Notez que cette éventualité d' « ulcus peptique du côlon », ou, mieux, de « colite ulcéreuse », doit être fort rare, car nous n'avons retrouvé que ce seul cas dans la littérature.

D'autre part, Pauchet avait pris n'importe quelle anse « au jugé », sans chercher à la choisir, et c'est la situation jéjunale trop haute de celle-ci qui a déterminé cette ulcération par action probable du suc pancréatique, encore actif sur la muqueuse.

e) Enfin, pour terminer l'énumération des inconvénients possibles de l'entéro-anastomose, envisageons le cas où la bouche ne serait pas perméable.

Mais cette éventualité est à rejeter si le chirurgien prend soin de vérifier celle-ci au moment de l'intervention.

Il faut remarquer, en outre, que l'iléostomie elle-même n'est pas à l'abri d'un défaut de perméabilité, et que, dans certain cas, on a dû pratiquer une deuxième iléostomie, la première n'ayant donné aucun résultat, même après injection de sérum hypertonique par la sonde et application d'un traitement médical approprié.

VIII

A QUEL MOMENT DOIT-ON LA PRATIQUER ?

Nous avons vu plus haut que l'entéro-anastomose faite à l'anesthésie locale est une intervention peu choquante dont le grand avantage est de pouvoir être pratiquée comme intervention *a minima*. Il n'y a pas lieu cependant de la faire subir à des malades par trop affaiblis. Mais il n'y a pas lieu non plus, sous le prétexte qu'il faut les opérer tôt, de leur faire subir une nouvelle intervention qu'on aurait pu éviter. Ce problème est assez complexe. On avait cherché à le résoudre par des formules diverses : l'une d'elles paraissait particulièrement séduisante : « opérer plutôt très tôt que trop tard ». Mais cela est une règle assez vague qui ne supprime pas le risque de réintervenir « trop tôt ». Et Masmonteil encore en 1938 soulignait ainsi la difficulté du problème : « La seule condition du succès est la précocité de l'intervention. Dans ce cas, le danger sera peut-être de procéder à quelques opérations inutiles chez des sujets qui auraient guéri seuls livrés à leurs propres ressources. Beaucoup de ces brides faiblement organisées peuvent, en effet, céder spontanément ou à la suite d'un lavage d'estomac. Mais on sauvera aussi des opérés qui auraient été irrémédiablement perdus. »

Or, nous disposons aujourd'hui d'un moyen excellent pour pouvoir décider à bon escient de l'opportunité ou non d'une réintervention : c'est l'épreuve de l'aspiration duodénale.

En effet, dès qu'on soupçonne chez un opéré l'ébauche d'une occlusion postopératoire, on a le devoir d'instaurer immédiatement un traitement médical énergique et de

le faire suivre en cas d'échec de la mise en place rapide d'un appareil à aspiration continue du type Wangensteen.

Ce *traitement médical* aura son maximum d'efficacité dans les occlusions parétiques et les occlusions mixtes par agglutinations. Il sera basé sur la connaissance de la pathogénie de celles-ci. Il aura trois buts principaux :

1° S'opposer à la parésie intestinale et calmer les spasmes;

2° Combattre l'infection péritonéale, qui, s'attaquant à des anses immobilisées, est le point de départ de l'agglutination;

3° Diminuer la distension gastro-intestinale; car nous avons vu, à propos du mécanisme des occlusions mixtes, qu'elle peut exagérer les coudures ou les torsions des anses, rapprochées seulement par des adhérences fibrineuses lâches, et compléter l'occlusion.

1° Pour s'opposer à la parésie intestinale et calmer le spasme :

— Avant tout, faire des injections intraveineuses de sérum hypertonique; ne pas craindre les fortes doses, jusqu'à 20 à 30 grammes de sel;

— Des lavements salés hypertoniques;

— Administrer de la belladone : teinture par voie buccale ou injection de surparine ou de sulfate d'atropine.

— On a préconisé également la rachianesthésie, l'infiltration splanchnique, l'ingestion de bile ou d'huile de ricin, l'injection de péristaltine, de prostigmine, de rétropituitrine, d'acétylcholine.

2° Contre l'infection péritonéale, l'application de glace sur le ventre sera le premier geste (certains chirurgiens la prescrivent systématiquement après toute intervention abdominale). On pourra la compléter par une thérapeutique sulfamidée, l'ablation (ou le simple maniement) du drain ou des mèches, et surtout la recherche d'une collection purulente dans le Douglas.

3° Pour diminuer la distension des anses :

— les lavages d'estomac déballonnent un peu, mais sont en général insuffisants;

— le simple tubage duodénal à la sonde d'Einhorn, s'il ne ramène pas toujours des liquides toxiques, diminue la distension des anses par évacuation d'une partie des gaz en amont de l'obstacle;

— l'emploi de la sonde d'Eudel, munie de son mandrin métallique, pénétrant plus bas dans le duodénum, permet une meilleure évacuation des gaz et des liquides;

— mais c'est surtout adaptée à un appareil à aspiration continue que cette sonde d'Eudel a son maximum d'efficacité.

La pratique de l'aspiration continue est appelée, en effet, à transformer la question des occlusions postopératoires. Ses avantages sont les suivants :

1° Elle parachève le traitement médical; là où celui-ci a échoué, elle peut souvent à elle seule lever définitivement l'obstacle;

2° Si elle échoue, son échec aura l'avantage de décider l'intervention le plus rapidement possible;

3° Une fois l'intervention décidée, elle garde un triple avantage opératoire :

— d'avoir affaire à des individus moins déprimés;

— de rendre plus aisé le maniement des anses grêles, parce que celles-ci sont moins distendues;

— enfin, elle permet un repérage plus facile des anses placées le plus immédiatement en aval de l'obstacle, lesquelles trancheront davantage sur les premières anses jéjunales, très peu dilatées.

CONCLUSIONS

De cette étude rapide des différents procédés d'entéro-anastomose susceptibles d'être employés, nous pensons qu'il se dégage les idées suivantes :

I. — L'entéro-anastomose est en soi un excellent procédé de dérivation interne. Il a le grand avantage de supprimer toute éventualité de fistule. Il ne risque guère d'être à l'origine de complications postopératoires importantes si l'on a la possibilité durant l'intervention d'appliquer les deux règles suivantes :

— choisir l'anse le plus en amont possible de l'obstacle;

— pratiquer l'anastomose qui réduit au maximum la longueur du segment intestinal exclu.

II. — Certains types d'entéro-anastomose pourront se pratiquer très rapidement à l'anesthésie locale, avec un choc opératoire minime, à peine plus important que dans l'iléostomie à la Witzel. Le type en est l'iléo-transversostomie après incision médiane sus-ombilicale à l'anesthésie locale et qui mérite bien l'étiquette que lui a donnée Quénu d'intervention « à minima ».

III. — Dans l'état actuel des choses, il semble que les opérations d'entéro-anastomose, doivent être davantage indiquées dans les occlusions postopératoires. Car si la pratique de l'aspiration duodénale continue est appelée certainement à diminuer le nombre de cas où l'on doive réintervenir, lorsque cette réintervention devient obligatoire, elle le sera chez des malades moins déprimés, qui auront une résistance suf-

fisante « pour faire plus qu'une entérostomie de décharge ». Et le chirurgien, moins obsédé par la question de vie ou de mort pour son malade, penchera plus souvent dans le sens de l'entéro-anastomose.

IV. — C'est dans les occlusions postappendiculaires provoquées par un mécanisme d'agglutinations péricæcales d'anses grêles que l'entéro-anastomose a son indication de choix. Ce type d'occlusion a un grand avantage, c'est que l'opérateur sait à peu près où se trouve l'obstacle. Et pour instaurer sa dérivation interne, il pourra employer un procédé bien réfléchi à l'avance, qui, même s'il est employé pour la première fois, jouira du bénéfice de la rapidité.

V. — Des deux principaux procédés d'iléo-colostomie pour occlusion postappendiculaire, nous donnons la préférence à l'iléo-transversostomie après incision sus-ombilicale à l'anesthésie locale, plutôt que l'iléo-sigmoïdostomie par incision iliaque gauche. Car dans celle-ci :

— On a peut-être tort d'exclure automatiquement une portion aussi importante de gros intestin qui joue un grand rôle dans l'absorption intestinale; et l'on augmente probablement le risque de diarrhées;

— Il y a très certainement une chance plus grande de reflux coliques qui sont à l'origine de crises pénibles de météorisme. Celles-ci sont différentes des petites crises de sub-occlusion qu'on peut retrouver dans les plus banales suites opératoires;

— L'incision iliaque gauche, qui est utilisée dans l'iléostomie parce qu'on a « davantage de chances de tomber sur une anse iléale basse », a l'inconvénient de donner moins de jour et permet moins facilement que l'incision médiane sus-ombilicale ce « choix » relatif de l'anse paraissant la plus dilatée.

VI. — Et nous terminerons en disant la ligne de conduite

que nous préconisons dans le traitement des occlusions post-opératoires :

1° Le traitement médical doit être très poussé;

2° L'emploi d'un appareil à aspiration duodénale suivant la méthode de Wangensteen est aujourd'hui indispensable;

3° En cas d'échec confirmé de celle-ci dans le sens de lever l'obstacle, il faut décider l'intervention la plus rapide possible.

A. — *Dans les occlusions postappendiculaires :*

a) Si l'on pense, sur le vu de la courbe de température et l'allure clinique générale du malade, qu'on a affaire à une occlusion par agglutination d'anses, un des deux types d'iléo-colostomie est évidemment indiqué d'emblée.

b) Si l'occlusion est assez tardive, chez un malade apyrétique ou presque et suffisamment résistant, on doit penser à une occlusion par brides et l'on est autorisé à pratiquer une laparotomie en vue de lever l'obstacle définitivement (quitte à pratiquer d'ailleurs une dérivation si on le juge bon).

c) Si l'on a affaire à un sujet particulièrement fatigué, l'iléostomie à la Witzel peut être d'un grand secours, car si nous avons voulu insister sur le fait que l'iléo-transversostomie est en soi une intervention peu choquante, il n'est pas douteux que, dans certains cas, l'iléostomie peut être plus rapide. C'est pourquoi nous pensons qu'entérostomie et entéro-anastomose ont chacune leurs indications propres.

B. — *Dans les autres types d'occlusions :*

On ignore souvent la nature et le lieu de l'obstacle. Il semble qu'on ait toujours intérêt, lorsque l'état général du malade le permet, de faire une laparotomie. Alors plusieurs éventualités peuvent se présenter :

a) On aperçoit les anses agglutinées qui semblent difficilement réductibles. On pratique alors l'entéro-anastomose la plus physiologique possible.

b) Lorsqu'il n'y a pas d'infection péritonéale et que l'état du malade le permet, on cherche à faire un bilan exact des lésions et à traiter celles-ci comme leur nature l'impose. Cette laparotomie aura ainsi l'avantage de ne pas laisser ignorer certaines lésions graves pour lesquelles la dérivation ne pourrait éviter une catastrophe : tel le sphacèle serré d'une anse par brides, étranglement ou hernie interne.

c) Cependant ici encore, lorsque la laparotomie paraît présenter un danger en soi, à cause de la faiblesse du malade, l'iléostomie est très recommandée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
A. CHARRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 21 juin 1943.

L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Aubourg. — Examen radiologique de 26 calco-sigmoïdostomies. *Presse médicale*, 23 janv. 1932.

Bauer. — Sur le traitement de l'appendicite-péritonite avec considération particulière de la question de la suture primitive et du traitement de l'iléus postopératoire. Etude clinique. *Acta Chir. Scandin.*, 1933, t. LXX, p. 1.

Bojovitch. — Traitement des occlusions intestinales postopératoires. *Presse médicale*, 6 déc. 1930, t. XXXVIII, p. 1662.

Bompart (Henri). — Rapport de Quénu. *Bull. de l'Acad. de chir.*, 21 mai 1941.

Branco Ribeiro. — Contribution au traitement de la paralysie intestinale postopératoire. *Ann. paulist. de méd. et cir.*, nov. 1934, t. XXVIII, p. 460.

Cabanac. — Trois cas d'occlusion intestinale aiguë, après appendicectomie, suivie de drainage à la Mikulicz. Guérison après opération. *Arch. de la Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, févr. 1937, t. XVIII, p. LXII.

Charrier (A.) et Lange. — Treize cas d'occlusions intestinales aiguës précoces, mécaniques, consécutives aux opérations d'appendicite à chaud, traitées et guéries médicalement. *Revue de chirurgie*, mai 1939.

Chavannaz (G.). — Aspiration duodénale continue et iléostomie dans le traitement des occlusions postappendiculaires. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15-30 juill. 1942.

Christofer. — Jéjuno-colostomie vicieuse, avec obstruction iléale; importance de la localisation intestinale. *Amer. Journ. Surg.*, juill. 1935, t. XXIX, p. 124.

Delore, Mallet-Guy et Creyssel. — De l'entérostomie complémentaire dans l'étude de la cure radicale des occlusions intestinales aiguës. *Presse médicale*, 16 sept. 1925.

Easton et Watson. — Analyse de 100 cas compliqués d'appendicites aiguës. Cæcostomie primitive ou entérostomie comme procédé de salut vital. *Surg. Gyn. and Obs.*, avril 1934.

Engel (G. C.). — Distension abdominale postopératoire et son traitement. *Surg. Clin. North Amer.*, avril 1936, t. XVI, p. 479-485.

Fergusson. — Obstruction intestinale postopératoire. *South. Med and Surg.*, mai 1934, t. XCVI, p. 217.

Fey (Galesburg) et Cubbins (Chicago). Entérostomie dans l'occlusion. Mortalité. *Soc. Gyn. and Obst.*, mars 1935, vol. L, n° 3, p. 738.

Gatellier (J.) et Porcher (P.). — A propos des occlusions postopératoires dans les appendicites aiguës. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, nov. 1930, t. XX, p. 1108-1113.

Godard. — Opération postappendiculaire précoce et son traitement par l'anastomose iléo-sigmoïdienne aux boutons de Villard. *Revue de chirurgie*, janv. 1938.

Godard et Falios. — *Archives franco-belges*, mars 1932.

Hall. — Cas de cæco-sigmoïdostomie. *The Canada Lancet*, sept. 1913.

Hamant, Chalnot et Rothan. — Les occlusions postopératoires d'origine appendiculaire. *Revue médicale de l'Est*, 1er janv. 1935, t. LXIII, p. 1230.

Huet (P.). — Quatre nouvelles observations d'occlusion de l'appendicite aiguë. Quatre guérisons. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1er juin 1935, t. LXI, p. 705-708.

— A propos des occlusions postopératoires de l'appendicite aiguë. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 23 déc. 1933, t. LXIX, p. 1503-1505.

Jones (D. S. M.). — Obstruction intestinale postopératoire. *Brit. Med. Journ.*, 10 juin 1933, t. I, p. 1004.

Lardennois. — Congrès de chirurgie, 1927.

Laurent (P.). — Contribution à l'étude des occlusions aiguës, pré-

coces, postopératoires du grêle. Causes, diagnostic, traitement. A propos de six observations personnelles. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 21 juin 1935, t. XXVII, p. 376-385.

Lecène. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1922, p. 514.

Levoeuf. — A propos de l'occlusion intestinale après appendicite à chaud chez les enfants. *Arch. méd.-chir. de province*, nov. 1936, t. XXVI, p. 477.

Long. — Prévention et traitement de l'iléus paralytique postopératoire. *South Med. Journ.*, avril 1933, t. XXVI, p. 250.

Maisonnet. — Occlusion intestinale consécutive à l'appendicectomie d'urgence. Entérostomie, intervention secondaire. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 1928, p. 816.

Masmonteil. — Occlusions intestinales postopératoires. *Rev. de chirurgie*, oct. 1938.

Mathieu. — Rapport sur les occlusions postappendiculaires. *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 mars 1924.

Mocquot et Padovani. — Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale. *Journal de chirurgie*, juill. 1934.

Nar. — Occlusion intestinale et appendicite. *Journ. de méd. de Bordeaux*, févr. 1937, p. 213.

Neculai David. — Les fistules dérivatrices de l'intestin grêle sont-elles cachectisantes ? Acad. de chir., 17 mai 1939.

Nieman (G. H.). — Traitement de l'iléus postopératoire. *Journ. Oklahoma Med. Assoc.*, déc. 1939, t. XXVII, p. 438.

Papai (Z.). — Occlusion mécanique postopératoire des intestins. *Cluj. med.*, 1er mars 1936, t. XVII, p. 138-154.

Papin. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1941.

Petren. — L'iléostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale après l'intervention pour appendicite aiguë. *Acta chirurgica Scandinavica*, déc. 1932.

Petro Chutro (Buenos-Aires). — Complications postopératoires de l'appendicite. Relato official segundo Congreso Argentino de Chirurgica, 1930.

Pouyanne. — *Bordeaux chirurgical*, avril 1938, n° 2, p. 95.

Sahadini (L.). — Formes cliniques et traitement des occlusions intestinales consécutives aux opérations d'appendicite à chaud. *Presse médicale*, 12 avril 1933, t. XLI, p. 1265-1267.

Smith. — Traitement perfectionné de l'iléus postopératoire. *Amer. Journ. of Surg.*, janv. 1933.

Smith (P.) et Aumont (G.). — L'occlusion iléale postappendiculaire. Observations personnelles. *Union méd. du Canada*, nov. 1937, t. LXVI, p. 1126.

Taylor (Dundee). — La valeur de l'iléo-colostomie dans l'occlusion intestinale. *Edimburg Med. Journ.*, t. XXXIV, n° 12, déc. 1927.

Tissot (J.). — A propos de neuf observations d'occlusion intestinale aiguë après appendicectomie à chaud chez l'enfant. *Semaine d'hôpit. de Paris*, 1er nov. 1936, t. XII, p. 534-541.

Tönnis. — Le fonctionnement des anast. entre l'intestin grêle et le gros intestin. *Deuts. Zeitschr. fin Chir.*, t. CCXII, déc. 1928.

Tsmarke. — Fistulisation du grêle après entérostomie pour occlusion intestinale. *Arch. J. Klm. Chir.*, avril 1932, p. 754.

Turunen (A. O. J.). — Sur l'occlusion intestinale comme complication d'opérations portant sur les organes génitaux internes. *Acta obst. et gynec. Scandinav.*, 1932, t. XII, p. 421-440.

Valdes (U.). — Appendicite aiguë et occlusion intestinale. *Rev. de gastro-entérol. de Mexico*, mai-juin 1936, t. I, p. 441-448 (postopératoire).

Vialle (P.). — Traitement des occlusions intestinales précoces consécutives aux opérations d'appendicite à chaud. *Gaz. méd. de France*, 1er févr. 1934, p. 128-136.

Yovanovitch (B. Y.). — Résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales postopératoires. *Progrès médical*, 25 déc. 1937, p. 1833-1838.

— Indications de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales postopératoires. *Progrès médical*, 4 déc. 1937, p. 1714-1722.

— Causes des occlusions intestinales postopératoires : déduc-

tions prophylactiques. *Journ. de méd. de Paris*, 9 déc. 1937, t. LVII, p. 923-928.

— Technique de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales postopératoires. *Progrès médical*, 11 déc. 1937, p. 1761-1762.

Zuckermann (C.). — Occlusions intestinales postopératoires : aspect clinique et conduite thérapeutique. *Rev. méd. veracruzana*, 1er déc. 1937, t. XVII, p. 2431-2438.

— Occlusions intestinales postopératoires : aspect, clinique et conduite thérapeutique. *Rev. Mex. de cir. ginec. y cancer*, avril 1907, t. V, p. 159-169.

22213 – Imprimerie Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1943.